

Voici un aperçu des fructueux échanges auxquels a donné lieu le congrès. Vous y trouverez sûrement de quoi nourrir votre propre réflexion et – qui sait ? – redécouvrir le sens du dialogue dans votre pratique.

UNE SYNTHÈSE DE LAURETTE THERRIEN

LES GRANDES CONFÉRENCES

Philosophies du dialogue

À la mémoire de Marie-Françoise Collière



Cécile Lambert

Par quels chemins passe le dialogue ? Voilà une question qui exige mûre réflexion. Inspirée par Hannah Arendt, Cécile Lambert affirme avoir été emballée à l'idée d'aborder l'acte de soigner d'un point de vue philosophique. D'illustres penseurs et auteurs l'ont d'ailleurs guidée sur les chemins du dialogue au cœur des soins : Socrate, Ricœur, Taylor et Petrella, pour ne nommer que ceux-là.

La parole dans l'acte de soigner est faite de communication, de coopération et de dialogue. Dans une relation de coopération, il y a un acteur et un interlocuteur qui visent à un but commun, ce dernier étant l'élément clé de la communication. Prenant appui sur la pensée de Socrate, pour qui le savoir, le franc-parler et la bienveillance sont les trois conditions éthiques du dialogue, de la co-élaboration de sens, Cécile Lambert poursuit : « Envelopper nos paroles dans des artifices qui déforment le message, par mollesse ou de peur de heurter, cela correspond à un manque de respect de soi et de l'autre. C'est dire à l'autre que je ne le considère pas suffisamment pour m'engager avec lui dans une démarche de recherche de ce qui est bien. »

Pour Paul Ricœur, « penser, c'est dialoguer ». C'est-à-dire communiquer, fournir une information utile et accessible, poursuivre la conversation tout en essayant de comprendre et de respecter l'autre. « Le dialogue est l'unique planche de salut de l'homme moderne, dans un monde dépourvu de repères... », écrit-il, ce qui rejoint l'idée exprimée par Hannah Arendt pour qui le dialogue est source d'humanisation.

Cécile Lambert se réfère également à Charles Taylor. Dans *Le Malaise de la modernité*, le philosophe dénonce l'individualisme et l'autarcie, des comportements stériles fort bien illustrés dans l'expression désormais consacrée « ego.com ». Toujours selon Taylor, la technique finit par rétrécir nos vies, à l'opposé du dialogue, qui est censé élargir nos horizons.

En nous mettant en garde contre l'utilitarisme individuel, la passion marchande, l'ivresse technologique et le messianisme impérial, qui ont fait main basse sur nos rêves de paix, d'amitié, de justice et de liberté, l'économiste Riccardo Petrella démasque pour sa part les dangers qui menacent notre désir d'humanisation.

« Le prendre soin est dialogique en ceci qu'il autorise une rencontre entre deux sujets. [...] Le soin offre un espace de bienveillance et comporte une exigence de sollicitude. »

Ainsi s'exprime Yolande Grégoire, infirmière québécoise qui préconise une approche humaniste favorisant la création de liens entre soignant et soigné. Hélas, souligne M^{me} Lambert, dans bon nombre d'institutions, « l'approche résultats », qui se résume à la prise en charge rapide, efficace et mesurable du patient, l'emporte encore. « Il arrive trop souvent, déplore-t-elle, que le soin soit assujéti à l'espace organisationnel, à « la frénésie du faire », pour employer une expression chère à Walter Hesbeen.

Que retenir de tout ceci ? Une leçon d'espoir qui laisse entrevoir que bien que difficiles, voire tortueux, les chemins

du dialogue ne sont pas impraticables; que les professionnels de la santé doivent les emprunter avec une «intention éthique» et un «impératif d'humanisation». Autrement, dans un monde où l'espace du dialogue n'en finit plus de rétrécir, le personnel soignant court le danger de perdre son identité, et «c'est en racontant ses histoires de soignante qu'on se redéfinit et que l'on retrouve l'estime de soi», dit encore Cécile Lambert.

«Le dialogue est donc un exercice éthique qui relève de la co-élaboration de sens; de ce fait, il a avantage à être éclairé

par un point de vue philosophique, contrairement à la communication et à la coopération, qui dépendent essentiellement des sciences humaines. En présence d'un authentique souci de comprendre, conclut-elle, le dialogue est possible si les chemins pour y accéder passent par un désir d'humanisation.» ●

CÉCILE LAMBERT est professeure titulaire à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

« Soigner, c'est être là »

Le soin est antinomique et incompatible avec l'exercice du pouvoir. Pour prendre toute sa valeur, un soin doit être proposé sans réserve et accepté librement. La question de la liberté est consubstantielle au soin.» Voilà qui résume clairement l'opinion de Martin Winckler venu nous livrer sa réflexion de médecin soignant sur le partage du savoir dans le domaine des soins.

Tout au long de leur formation et de leur carrière, les professionnels de la santé acquièrent un savoir inestimable qui leur permet de reconnaître la souffrance et parfois de la soulager. «Ce savoir n'est pas sacré, il faut le partager! Le garder pour soi, c'est trahir le soin, c'est choisir le pouvoir. Et toute tentative de pouvoir est contraire à l'éthique!»

Toutes les manières de partager les connaissances sont bonnes, affirme D^r Winckler, «à partir du moment où elles servent à libérer l'autre de la peur, de l'angoisse, de la dépendance, de l'oppression, du silence dans lequel la maladie le maintient». C'est dans cet esprit qu'il a écrit *Contraceptions mode d'emploi*, un livre grand public que des pairs lui ont reproché d'avoir publié. «L'outil n'a de valeur que si tout le monde peut s'en servir», explique l'auteur qui a même poussé le partage jusqu'à rendre son ouvrage disponible sur le Web en format PDF.

Soigner veut dire partager les tâches et les responsabilités au profit d'une pratique collective, mais aussi partager la créativité: le professionnel qui trouve des solutions efficaces à des problèmes ou à des situations précises aurait tort de ne pas les transmettre à ses collègues. Soigner signifie aussi



Martin Winckler

accepter les critiques, interagir, poser chaque geste en se demandant si on ne peut pas le faire de manière plus simple, plus respectueuse, plus douce. S'arrêter pour se demander: pourquoi je fais ça comme ça? Oser changer ses habitudes. D'ailleurs, Martin Winckler nous met en garde: «Ne confondons pas rigidité et rigueur scientifique. La rigidité est parfois le signe d'un désir de pouvoir, d'une volonté de contrôle.»

Persuadé qu'un soignant est fait de tous les soignants qu'il croise au fil de sa carrière, M. Winckler se dit reconnaissant envers son père médecin et envers toutes les infirmières, les aides-soignantes,

les préposés qui l'ont guidé et lui ont légué leur savoir-faire. Les patients qui lui ont fait confiance ont également droit à sa reconnaissance.

Pour être capable d'un réel partage, le soignant doit aussi penser à lui. Avant de prendre soin de ses semblables, il doit se soigner lui-même en partageant ses émotions, ses doutes, ses chagrins. Il doit avoir une vie pleine, gratifiante, une vie en dehors des soins. Il est bon, suggère-t-il avec un sourire malicieux, qu'il connaisse des histoires d'amour...

«Soigner c'est tenir la main pendant que quelqu'un d'autre suture, ponctionne, arrache, excise, cautérise, injecte, sonde, aspire ou accouche celui ou celle à qui on tient la main [...] Soigner c'est porter, soutenir, guider, écouter. Soigner, c'est être là.» (Extraits de son roman *Les Trois médecins*.) ●

MARTIN WINCKLER est médecin, romancier et essayiste.

Réaffirmer le droit à la santé



Jean-Louis Roy

« Je vois dans le dialogue entre les responsables du secteur de la santé et les défenseurs des droits humains la chance de lier deux grandes aspirations : celle d'une pratique professionnelle forte qui soit aussi une pratique des droits humains. »

Paul Hunt, rapporteur spécial de l'ONU

En citant le rapporteur spécial de l'ONU, Jean-Louis Roy illustre à quel point le droit à la vie et à la santé de chaque individu est indissociable des droits humains fondamentaux. Et à quel point le thème de ce congrès est cher à ceux et celles qui luttent, comme lui, pour le respect des droits et de la démocratie.

Le conférencier affirme en effet que seuls des échanges de bonne foi entre pays riches et pays en voie de développement peuvent assurer l'accessibilité aux services de santé aux plus démunis. Selon lui, la recherche de solutions durables à la famine, au manque d'eau potable, aux menaces que sont le sida, le SRAS, la grippe aviaire et autres épidémies constitue une responsabilité collective, universelle.

« La politique de promotion et de protection des droits humains est une idée neuve dont on ne trouve aucune trace avant la Seconde Guerre mondiale », souligne M. Roy. En quelques décennies, plus précisément depuis la ratification de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* en 1948, la quasi-totalité des pays se sont dotés de commissions, de départements, de chartes et d'institutions nationales qui ont pour mandat le respect des droits et libertés et la protection de la vie humaine.

Cette responsabilité fondamentale qui englobe le droit à la vie, à la santé et à la sécurité de chaque individu, aucun

État ne peut la confier à d'autres. Elle comporte quatre exigences : disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des soins et des services de santé. S'il est vrai que les choses vont en s'améliorant, il reste que bon nombre de pays pauvres ont du mal à trouver du personnel compétent en ce domaine et que certains pays riches n'hésitent pas pour autant à leur voler ces ressources en temps de pénurie.

On aura compris que des questions d'éthique se posent chaque jour. Jean-Louis Roy est d'ailleurs indigné devant le problème apparemment insoluble que pose l'accès aux médicaments : « Si on peut organiser des circuits pour distribuer de l'argent, clame-t-il en brandissant une carte de crédit, pourquoi pas des médicaments ? » Les gouvernements peuvent exiger que les compagnies pharmaceutiques fassent leur part et viennent en aide aux populations qui vivent dans des conditions précaires et luttent pour leur survie. « En tant que citoyens, nous avons le devoir de pousser nos gouvernements à assumer leurs responsabilités. »

Néanmoins, les choses évoluent progressivement : les États respectent des normes communes servant à garantir la qualité des soins et des services de santé. À nous maintenant de préserver ces acquis et de veiller à ce que ces normes continuent d'être respectées. À l'heure actuelle, le Canada atteint à peine 50 % des objectifs internationaux d'aide au développement. C'est inacceptable. Comment rehausser notre participation ? Par exemple en effaçant la dette des pays pauvres (à la condition que ces sommes soient réinvesties dans la santé) ; en instituant des politiques d'immigration qui ne privent pas les pays de leurs ressources ; en contribuant aux fonds mondiaux créés par les Nations Unies pour lutter contre les pandémies, etc.

La *Déclaration universelle des droits de l'homme* demande que tout ce qui peut être fait pour améliorer le sort de l'humanité soit fait, résume le conférencier qui recommande la lecture de ce texte fabuleux.

« Vous avez choisi un très beau thème pour votre congrès international. En matière de dialogue, les responsables et les praticiens du secteur de la santé ont beaucoup à nous apprendre à nous, défenseurs des droits humains. En contrepartie, les professionnels de la santé peuvent trouver dans la doctrine des droits humains un cadre, des normes, des obligations susceptibles de les aider à atteindre les objectifs du système et de renforcer leurs actions. » ●

JEAN-LOUIS ROY est président de Droits et Démocratie (Centre international des droits de la personne et du développement démocratique).

Vibrant appel à la solidarité

Somé Fatoumata Coulibaly, cinéaste engagée, mène depuis quelques années une guerre ouverte à l'excision et à d'autres pratiques ancestrales qui menacent la vie des fillettes et des femmes. Ses armes ? La parole et la persuasion. Son champ d'action ? La radio, la télévision, le cinéma, les journaux, enfin toutes les tribunes et tous les micros...

Après la projection d'un documentaire montrant les ravages de l'excision, l'auditoire pousse un soupir de soulagement (que d'images atroces !) et M^{me} Coulibaly avoue : « Il fallait vous montrer cela pour que vous nous aidiez à trouver des solutions. » Et de raconter comment, alors que leurs mères et leurs grands-mères les préparaient, elle et ses sœurs, à être excisées, son père, un homme bon qui avait des idées libérales, lui a avoué son impuissance devant la volonté des femmes de perpétuer cette tradition. S'il avait refusé qu'on excise ses filles, on lui aurait reproché de ne pas les aimer assez !

À l'âge adulte, Somé Fatoumata Coulibaly devient animatrice et productrice pour l'Office de radiodiffusion et de télévision du Mali. C'est ainsi qu'elle apprend que l'excision vise à « rendre la femme propre ». Autrement dit, en enlevant à la femme une partie de son sexe, on diminue son appétit sexuel pour qu'elle reste fidèle à son mari appelé à s'absenter pendant de longs mois. La sexualité étant un sujet tabou, on lui interdit d'aborder ce sujet sur les ondes. Elle entreprend donc l'écriture d'un scénario et réalise un documentaire-choc dont la diffusion provoque un tollé ! Le film disparaît ; elle ne le retrouvera jamais.

L'animatrice obtiendra tout de même, à force de persévérance, l'autorisation de dénoncer cette pratique. L'émission qu'elle réalise condamne l'excision, une mutilation injustifiable qui entraîne des séquelles permanentes et rend les accouchements dangereux pour la vie des femmes et des bébés. Alerté, le magazine français *L'Express* publiera un reportage sur le sujet. M^{me} Coulibaly est fière d'avoir éveillé les consciences.

« Depuis ce jour, se réjouit-elle, on en parle partout, à la radio, à la télévision, dans les journaux. Petit à petit, des associations ont été créées pour protéger les droits des fillettes et des femmes. Aujourd'hui, le ministère de la



Somé Fatoumata Coulibaly

Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille de la République du Mali a son propre Programme national de lutte contre l'excision. »

La conférencière tient à sensibiliser les congressistes à d'autres mœurs tout aussi répressives à l'endroit des femmes. Comme la polygamie, le lévirat¹ augmente les risques de contracter le sida. Comme plus de 25 % des Africains vivent avec le VIH ou avec le sida, le danger plane constamment. D'ailleurs, les statistiques actuelles prouvent que 3 à 5 % plus de femmes que d'hommes sont porteuses de la maladie.

Que dire du destin terrible de ces jeunes femmes que l'on surnomme les « fistuleuses » ? Mariées à peine nubiles, elles se retrouvent isolées à la suite d'un accouchement qui les laisse avec une incontinence urinaire. On les dit porteuses d'une maladie « honteuse ». Répudiées, sans soutien, elles vivent dans des conditions pénibles. Le sort réservé aux « talibés », ces enfants que l'on confie à des maîtres coraniques, est semblable : laissés à eux-mêmes, mal nourris, ils sont jetés à la rue et forcés de mendier pour rapporter de l'argent au maître.

Toutes ces coutumes doivent être dénoncées comme des injustices et c'est pour que cesse ce genre d'abus que M^{me} Coulibaly continue sa campagne d'information à l'échelle planétaire. « Nous sommes prises au piège, un piège créé par nos arrière-grands-mères. Sans la solidarité internationale, nous ne pourrions pas nous en sortir. J'aimerais que vous nous aidiez », conclut-elle dans un grand cri du cœur. ●

SOMÉ FATOUMATA COULIBALY est réalisatrice, animatrice et productrice d'émissions pour l'Office de radiodiffusion et de télévision du Mali.

1. Suivant cette coutume, lorsqu'une femme perd son mari, on la donne à son beau-frère qui peut s'en servir à sa guise.

Une nouvelle coalition voit le jour

ENTREVUE



Six ans, trois congrès et un symposium plus tard, des Africains membres du SIDIIEF ont décidé de créer leur propre réseau dans le but ultime de renforcer la profession d'infirmière sur leur continent. La Coalition des infirmières et infirmiers de l'Espace francophone d'Afrique, qui tiendra ses premières assises en janvier 2007, existe pourtant bel et bien. Nous avons rencontré Joseph Kibangula N'Koko pour en parler.

L'animateur et les participants du symposium « Le dialogue au cœur du soin, un défi pour la profession infirmière en Afrique ». De g. à dr. : Joseph Kibangula N'Koko, Ismaila Mbaye (Sénégal), Joséphine Sawadogo (Burkina Faso), Rouguyatou Diallo Keita (Mali).

P.I. : Comment est née l'idée de la Coalition ?

J.K. : À la clôture du premier congrès du SIDIIEF, en 2000, les délégués des pays africains se sont réunis pour partager leur expérience. Le constat : la profession d'infirmière sur le continent africain accuse un retard important par rapport à la situation qui prévaut au Nord. Dans beaucoup de nos pays représentés au sein du SIDIIEF, il n'existe pas d'association d'infirmières et, là où ce genre d'organisation existe, le fonctionnement n'est pas optimal. C'est pourquoi l'idée de se donner une plateforme commune a semblé un bon moyen de faire en sorte que les délégués africains plus expérimentés puissent aider ceux qui le sont moins à progresser sur le plan professionnel.

P.I. : Quelle est l'origine des infirmières et des infirmiers que regroupe la Coalition ?

J.K. : La Coalition regroupe des professionnels d'une quinzaine de pays africains : République démocratique du Congo, Sénégal, Côte d'Ivoire, Gabon, Mali, Burkina Faso, Cameroun, Mauritanie, Madagascar, Togo, République centrafricaine, Rwanda, Maroc et Tunisie.

P.I. : Quels sont ses objectifs ?

J.K. : Les objectifs sont très semblables à ceux du SIDIIEF : le réseautage, la création d'une synergie sur le continent, la solidarité. Nous pensons qu'une telle Coalition peut redynamiser les différentes associations nationales d'infirmières. Tout ce que nous visons en nous regroupant, c'est le renforcement de nos compétences professionnelles notamment au moyen d'activités de formation et de recherche qui peuvent contribuer à l'évolution de la profession en Afrique. L'idée du symposium, « Le dialogue au cœur du soin, un défi pour la profession infirmière en Afrique », est justement une activité qui va dans ce sens.

P.I. : Comment situer la Coalition par rapport au SIDIIEF ?

J.K. : La Coalition est une organisation distincte du SIDIIEF, car elle est gérée par les Africains eux-mêmes. Les représentants des organisations nationales africaines qui la composent sont déjà membres du SIDIIEF, à titre individuel. La Coalition entend devenir membre associatif du SIDIIEF. Nous pensons que cela ne peut que contribuer à un partenariat constructif. Et peut-être qu'un jour les activités du SIDIIEF, comme le congrès, auront lieu en Afrique, qui sait ?

P.I. : Qu'est-ce que le « collectif » peut apporter de plus par rapport à la situation actuelle ?

J.K. : Ça peut apporter beaucoup ! D'abord, ça va permettre d'élargir le membership du SIDIIEF puisque tous les membres des associations de chaque pays seront invités individuellement à y adhérer. Du coup, le réseau va s'agrandir. La Coalition jouera en quelque sorte le rôle d'un comité de promotion du SIDIIEF en Afrique. Ensuite, la Coalition souhaite devenir un groupe de pression, faire du lobbying, auprès de l'OMS notamment, car cette organisation peut nous aider à améliorer la prestation et la qualité des services offerts à la population. ●

JOSEPH KIBANGULA N'KOKO est président de la Ligue des infirmières et infirmiers de l'Espace francophone de la République démocratique du Congo. Membre du conseil d'administration du SIDIIEF depuis ses débuts, il vient d'être nommé responsable de la préparation de l'assemblée constitutive de la Coalition qui aura lieu en Tunisie en janvier 2007.

Propos recueillis par Colette Pilon-Bergman

L'écoute au cœur du dialogue

UNE SYNTHÈSE DE LAURETTE THERRIEN

LES FORUMS

«Comment percevez-vous le dialogue dans le soin et dans votre formation?», a demandé Karine Labarre, animatrice du Forum étudiant, aux futures professionnelles invitées à partager leur réflexion sur le dialogue et l'acte de soigner. Tour à tour, Jacinthe, Jessica, Elena, Fatima, Aurore, Myriam et Isaline ont livré une pensée personnelle fervente, fondée sur l'observation et l'écoute.



Influencée par les travaux du Dr Patch Adams, Jacinthe affirme que, comme le rire, le dialogue libère le patient des tensions et de l'anxiété. «C'est le rôle de l'infirmière de lui fournir les moyens et les enseignements susceptibles d'alléger sa souffrance.»

Jacinthe Lacombe (Canada)

«Sans dialogue, dit Jessica, l'acte de soigner peut être perçu comme une agression.» Malheureusement, la rareté du personnel et la surcharge de travail empêchent le dialogue de s'instaurer. Pour pallier le manque, pourquoi ne pas interroger les patients et partager l'information obtenue de sorte que chaque professionnel puisse s'engager dans une véritable relation d'aide?



Jessica St-Omer (France)

Pour Elena, «le savoir-être prend ses racines dans la capacité de l'un à entrer en relation avec l'autre». Elle rêve d'une formation spécialisée où l'étudiante apprendrait à aborder les patients selon leur type de personnalité.



Elena Ganea Puiulet (Roumanie)

Selon Fatima, «la recherche est un outil d'ouverture et de dialogue et l'étudiante doit être proactive pour tisser un lien entre le monde de l'éducation et celui des soins infirmiers». Pour sensibiliser les professeurs et les étudiants à l'importance du dialogue, il faut créer des espaces d'échange.



Fatima Temmar (Maroc), étudiante à l'Université de Montréal.

En relatant son expérience de stage en psychiatrie, Aurore attire l'attention sur le fait que le savoir ne se traduit pas toujours en action. Alors que tous les patients étaient réunis dans la salle de télé, raconte-t-elle, aucun soignant n'y assurait une présence. Quand elle a demandé si elle pouvait y aller, on lui a répondu: «Bien sûr, on est là pour ça!»

Aurore Lugon-Moulin (Suisse)



«Le soin est empreint de diversité, d'universalité et de culture», affirme Myriam, qui a réalisé l'importance de la tolérance lors d'un stage en Inde.

Myriam Gauthier (Canada)

Isaline estime quant à elle: «Il est souvent mal perçu, vu le manque de personnel, de prendre le temps de parler à un patient.» La lecture d'un texte illustrant la déshumanisation des soins émeut la salle: «Et si le temps considéré comme perdu nous en faisait gagner?»

Isaline Bouchez (Belgique)



Quant à Marthe Elvire Fénélon, une étudiante haïtienne n'ayant pu obtenir son visa pour venir au Québec, elle a suggéré, dans un message lu par l'animatrice, «d'inscrire le dialogue dans les besoins du patient comme si c'était un médicament».

Difficile d'imaginer une meilleure conclusion à ce premier forum qui fera sans doute des petits, car un comité étudiant a été mis sur pied à l'occasion de l'Assemblée générale du SIDIIEF. Pour en savoir davantage à ce sujet, consulter le site www.sidiief.org.

Le forum animé par Suzanne Kérouac réunissait des panélistes de sept pays. Malgré des réalités et des préoccupations différentes, leurs témoignages ont permis de mieux cerner certains des obstacles au dialogue et d'envisager d'autres moyens de l'encourager, que ce soit entre professionnels de la santé, entre soignants et soignés, entre enseignants et étudiants.

« À 92 ans bien sonnés, raconte Walter Hesbeen, Adeline interpelle un psychiatre appelé en renfort parce qu'elle refuse de prendre ses médicaments pour le cœur. 'Je ne suis pas déprimée, Docteur! Je ne demande pas l'euthanasie, seulement qu'on me laisse continuer mon chemin toute seule.' » Adeline en appelait au gros bon sens pour se défendre contre un système qui ne lui demandait pas son avis. Après l'avoir écoutée, le médecin lui a pris la main et lui a souhaité une bonne promenade.

Cette histoire vécue illustre bien, selon M. Hesbeen, les six conditions du dialogue: « Pour accueillir la parole d'autrui, il faut que je me taise et que mon cerveau soit disponible; il faut que je mette de côté mes certitudes et que je m'interdise de manipuler l'autre au moyen de la persuasion. Il me faut de plus accepter l'argumentation et les silences. Bref, il faut que je désire dialoguer. »

Il arrive souvent en effet que le dialogue doive se passer des mots. « C'est alors, fait remarquer Irène Robitaille, que le langage corporel prend toute son importance. » C'est du moins ce qu'elle retire d'une expérience personnelle auprès d'un patient ayant perdu l'usage de la parole. Ruth Akatchérian se demande si ses compatriotes libanais s'entendent vraiment quand ils se parlent. « Comment donner la parole à la personne qui souffre quand la famille est si présente? », déplore-t-elle.

La confiance constitue sans doute un élément essentiel du dialogue, comme le croit D^{re} Claudia Gherman, pour qui le lien de confiance entre le praticien et le patient ne peut exister sans dialogue. Lorsqu'une personne vient de subir l'amputation d'un membre, par exemple, « le professionnel peut aider son patient en l'incitant à exprimer ses sentiments; il peut aussi l'encourager... »

Être à l'écoute des besoins de la clientèle n'est pas une phrase creuse pour Fanta Coulibaly. Ce n'est qu'après avoir

écouté ce que des mères de régions rurales du Mali avaient à dire que son équipe a lancé le programme Femmes et développement et instauré le « diagnostic global participatif [...], un projet qui nécessite une écoute attentive ».

Dans un autre registre, malgré la pénurie de personnel, un taux élevé d'absentéisme et une pression économique très forte, Véronique Neil offre dans son service des ateliers éducatifs qui mettent en présence des professionnels d'expérience et des débutants. « Nous nous interrogeons sur le bien-fondé des actes que nous posons, sur les souhaits de la



De g. à dr.: Fanta Coulibaly (Mali), Daniel Ducommun (Suisse), Véronique Neil (France), Claudia Gherman (Roumanie), Ruth Akatchérian (Liban), Irène Robitaille (Canada) et Walter Hesbeen (France)

personne malade, sur l'utilité de nos interventions, sur les protocoles systématiques. Cela favorise la relation de réciprocité entre nous. » Prendre soin des soignants bénéficie même aux personnes soignées!

Du point de vue du formateur qu'est Daniel Ducommun, le cadre institutionnel, les règlements, l'individualisme, la priorité de la raison instrumentale sont autant d'obstacles au dialogue. Le défi consiste à trouver un point de vue qui convient à la fois aux étudiants, aux professeurs et à l'institution. « Alors que l'espace du dialogue nécessite l'engagement du professeur et celui de l'étudiant, les échanges entre professeurs sont déterminants au moment de décider du contenu des cours et des stages. »

Et Suzanne Kérouac, l'animatrice, de conclure: « Le dialogue peut donc nous aider à réviser certaines pratiques tout en favorisant une relation d'égal à égal... »

Au prochain congrès du SIDIIEF, les congressistes pourront-ils mesurer le chemin parcouru? ●

Mot clé : recherche



Thérèse Psiuk,
vice-présidente de l'ARSI

ARSI, pour Association de recherche en soins infirmiers : un regroupement d'infirmières et d'infirmiers bénévoles. L'ARSI, c'est aussi une revue, des journées de formation, une banque de données, un bulletin électronique, des actualités et une banque d'emploi. Thérèse Psiuk et Guy Isambart ont accepté de répondre à nos questions.

P.I. : En quoi consiste la mission de l'ARSI ?

ARSI : Notre motivation première est la diffusion du savoir infirmier en France. Aussi, quatre volets définissent la mission de l'ARSI : promotion de la recherche, publication de la recherche, formation à la recherche et consultation. Récemment, en effet, notre association est devenue la première société savante infirmière en France. Cette reconnaissance implique notamment qu'elle sera consultée systématiquement sur plusieurs sujets qui feront l'objet de recommandations professionnelles de la part des autorités sanitaires.

P.I. : La recherche est vraiment le mot clé. D'où vient cette préoccupation ?

ARSI : Comme vous le savez, les infirmières françaises ne sont pas formées à l'université, ce qui explique qu'en général elles manquent de bases théoriques. De plus, il y a peu de recherches publiées en français. Or, le besoin existe et il nous semble indispensable de leur inculquer un sens général de la recherche, de les sensibiliser le plus possible à la recherche-action. L'intérêt est indéniable, comme le prouve la participation aux journées de formation organisées par l'ARSI.

P.I. : Parlez-nous de ces journées de formation.

ARSI : Les journées de formation ont été mises en place pour répondre aux besoins des infirmières françaises elles-mêmes. Nous travaillons beaucoup « pour le terrain ». Les infirmières veulent comprendre ce qu'est la recherche, s'approprier les résultats et les appliquer au contexte culturel français. La formation est centrée sur la méthodologie et sur les thèmes ou concepts qui nécessitent de consulter des travaux de recherche. Dans le cadre de leur travail de fin d'études par exemple, qui prend de plus en plus de valeur sur le plan de la formation, les étudiantes apprécient

l'approche de l'ARSI et les outils qu'elle met à leur disposition. Les journées d'étude organisées autour des concepts comme la résilience, l'adaptation et la compétence remportent beaucoup de succès. Et nous faisons appel à des universitaires de différentes disciplines, pas seulement à des chercheurs en sciences infirmières.

P.I. : L'ARSI est membre du SIDIIEF. A-t-elle aussi une mission internationale ?

ARSI : Notre association est ouverte à la diversité culturelle — une réalité quotidienne en France — mais « entend demeurer centrée sur les besoins des infirmières françaises ». Nous espérons beaucoup que la recherche puisse s'intégrer à la formation de base des infirmières de chez nous. Il est vrai que collaborer à la recherche au niveau international fait aussi partie de notre mission. C'est pourquoi « notre relation avec le SIDIIEF se fondera sur la recherche ». D'ailleurs, depuis le début, l'ARSI participe à chaque congrès du SIDIIEF et en rend compte dans sa revue *Recherche en soins infirmiers*.

P.I. : Diriez-vous que la revue constitue l'un des principaux outils de formation ?

ARSI : En effet, les étudiantes des écoles de cadres ainsi que celles qui font des études universitaires en sciences y trouvent beaucoup de matériel. Notre site Web (www.arsi.asso.fr) joue également un rôle important, car on y trouve notamment une banque de données contenant la version intégrale de tous les articles de recherche publiés dans la revue. ●

THÉRÈSE PSIUK a animé un atelier du congrès consacré à la recherche. GUY ISAMBART est infirmier et webmestre du site de l'ARSI.

Propos recueillis par Colette Pilon-Bergman

Plaidoyer pour le développement des soins infirmiers dans le contexte de la mondialisation



Kan Koffi (assis au centre) en compagnie de Thiam Makhouradia à sa droite et Ismaila Mbaye à sa gauche (tous deux du Sénégal); 2^e rangée: Béchir Ben Saad (Tunisie) et Dibcor Sene (Sénégal).

Dans le processus irréversible de la mondialisation (Petrella, 1997), la loi du marché économique mondial impose l'industrialisation de tous les services publics. Dans cette mouvance économique, la santé, l'un des droits fondamentaux de l'homme (Pilet, 1989), doit être préservée dans tous les États et ce, dans un souci d'équité (Desrosiers, 2006).

Pour ce faire, dans la réforme des politiques sanitaires, les infirmiers, les infirmières et les sages-femmes, à partir de leur position stratégique dans l'organisation et la prestation des soins de santé, doivent faire prévaloir les intérêts des individus, des familles et des communautés. C'est ce que leur dicte leur mission professionnelle dont le but est de promouvoir la santé et le bien-être des populations (Rogers, 1970).

Les réformes des systèmes de santé entreprises depuis la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (OMS, 1978) offrent l'opportunité de réinvestir le leadership éthique des soins infirmiers. Afin d'assurer des réponses congruentes et équitables aux besoins de santé des populations, les conceptions et les théories infirmières constituent des assises appropriées pour orienter l'offre des services de santé (Meleis et Jennings, 1989). Il appartient donc au personnel infirmier et aux sages-femmes du monde entier de déployer le savoir infirmier au-delà des frontières

nationales et continentales, ce qui permettra de répondre aux besoins de la standardisation des connaissances et des pratiques professionnelles. Dans la culture latino-française, qui accuse des retards considérables dans la professionnalisation des soins infirmiers en Europe et particulièrement en Afrique, une solidarité internationale des infirmiers, des infirmières et des sages-femmes apporterait le déclic tant attendu.

Les défis du développement des soins infirmiers dans la culture latino-française

En ce début du millénaire de *la santé pour tous* et dans le contexte de la mondialisation, il convient de saluer la naissance du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace

francophone (SIDIIEF) et sa providentielle odyssée professionnelle. Sa vocation est de déployer le savoir infirmier dans les pays de la Francophonie. Dans la culture latino-française particulièrement enracinée en Europe et en Afrique, la discipline infirmière demeure encore très mal connue des milieux universitaires et scientifiques. Cette sphère linguistique et culturelle offre donc de vastes champs d'action au SIDIIEF. En divulguant les connaissances et les pratiques infirmières acquises en Amérique du Nord, notamment au Québec où la langue française est d'usage, le SIDIIEF permettra à la discipline infirmière de combler ses retards de développement dans d'autres régions du monde où le français est la langue de travail.

La culture latino-française influence profondément l'organisation des systèmes de santé en Europe et en Afrique francophones. En effet, du fait d'une approche quasi médicale de la conception des systèmes de santé dans ces contrées du monde, le développement de la pratique infirmière n'a pu suivre les progrès scientifiques réalisés au sein de la discipline. C'est pourquoi il revient au SIDIIEF, dans le contexte de la mondialisation des savoirs infirmiers, de s'engager dans une mission de conseil auprès des États de l'Espace francophone.

Dans la réforme mondiale des systèmes de santé, il appartient aussi au SIDIIEF de propulser le leadership infir-

mier en vue d'adapter l'organisation de la prestation des soins de santé aux besoins des populations. Pour ce faire, Rogers (1970), tout comme Meleis et Jennings (1989), suggèrent la valorisation des conceptions et des théories infirmières. Elles apportent la dimension qui faisait défaut pour orienter les pratiques professionnelles vers la promotion de la santé et du bien-être des individus, des familles et des communautés.

Dans cette perspective, mes travaux (Koffi, 1999, 2005) illustrent les bénéfices que le système sanitaire ivoirien tirerait de l'institution de la carrière universitaire en soins infirmiers. En effet, la diffusion du modèle que j'ai élaboré dans le cadre de ma formation à l'Université de Montréal pourrait concourir à la réalisation des objectifs nationaux du Programme élargi de vaccination. Dans bien d'autres programmes de santé, la contribution des soins infirmiers au développement sanitaire en Côte d'Ivoire pourrait se faire sentir si des infirmiers et des infirmières, ainsi que des sages-femmes, avaient l'occasion de faire des études universitaires. L'institution de la carrière universitaire en soins infirmiers en Côte d'Ivoire leur permettrait de s'investir dans le développement de la recherche scientifique en soins infirmiers. Le personnel infirmier et les sages-femmes, qui dispensent l'essentiel des soins de santé à la majorité de la population, pourraient de cette façon apporter une contribution significative supplémentaire au développement des soins de santé primaires.

Ainsi, dans la culture latino-française de l'organisation des soins de santé, en faisant la promotion du leadership éthique des soins infirmiers au sein d'équipes multidisciplinaires et multisectorielles, le SIDIIEF contribuera inéluctablement à l'atteinte des objectifs nationaux de santé.

Dans cet élan de professionnalisation des soins infirmiers (Goulet et Dallaire, 1999) dans la Francophonie, le SIDIIEF devra relever un important défi culturel : jeter le pont entre la culture anglo-saxonne, qui détient une grande part du savoir et une littérature infirmière riche, et la tradition latino-française de la pratique infirmière, encore très peu soutenue par des écrits scientifiques en Europe comme en Afrique. Ce brassage culturel permettrait une harmonisation des connaissances et des pratiques professionnelles dont la standardisation est nécessaire à la qualité des soins infirmiers. Une telle ouverture du SIDIIEF aux autres cultures linguistiques est un gage de succès.

«Saurons-nous tisser des liens [professionnels] assez forts pour partager les résultats de nos recherches, nos programmes de formation, nos normes de pratique et pour définir des stratégies collectives?», demandait à juste titre Gyslaine Desrosiers (2006), présidente du SIDIIEF et présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), dans son récent appel à la solidarité internationale des infirmières et infirmiers du monde francophone.

Dans ce contexte de mondialisation, la diffusion des connaissances scientifiques et des normes de pratique requiert des alliances internationales entre différentes organisations nationales. Ces alliances offriront au SIDIIEF des cadres de réseautage et d'intervention. En orientant les partenaires du développement international vers ces champs vierges du développement des soins infirmiers dans le monde francophone, le SIDIIEF signalera et renforcera sa vocation d'Organisation internationale non gouvernementale (OING). Puisse ce rêve professionnel offrir au personnel infirmier et aux sages-femmes de la Francophonie le salut tant attendu pour l'affirmation de leur identité professionnelle. Les promesses de leur contribution à l'atteinte des objectifs nationaux de santé légitiment de fort belle manière le soutien que les gouvernements doivent leur accorder dans le cadre du renforcement des soins infirmiers et obstétricaux (AMS, 1997; OMS, 2002). Pour ce faire, un coup de pouce stratégique du SIDIIEF actionnerait le décollage. ●

KAN KOFFI, inf., M.Sc., sous-directeur de la formation des infirmiers, infirmières et sages-femmes spécialistes, et des ingénieurs des techniques sanitaires à l'Institut national de formation des agents de santé (INFAS)(Côte d'Ivoire).

Références

- ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ (AMS). «Pour le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux – Point 17 de l'ordre du jour de la 49^e Assemblée mondiale de la Santé», *L'infirmière du Québec*, vol. 4, n° 3, janv./févr. 1997, p. 50-51.
- DESROSIERS, G. «III^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones – Le grand rendez-vous de 2006», *Perspective infirmière*, vol. 3, n° 3, janv./févr. 2006, p. 6-7.
- GOULET, O. et C. DALLAIRE (ss la dir. de). *Soins infirmiers et société*, Montréal, Gaëtan Morin, 1999.
- GOVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE et GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Entente en matière de droit de scolarité*, Ottawa, 1994.
- KOFFI, K. *Efficacité d'un programme d'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires en Côte d'Ivoire* (thèse), Montréal, Université de Montréal – Faculté des sciences infirmières, 1999.
- KOFFI, K. «La carrière universitaire dans la formation professionnelle en soins infirmiers en Côte d'Ivoire», 1^{re} Journées scientifiques du CHU de Yopougon, 1^{er}, 2 et 3 mars 2005, Abidjan – CHU de Yopougon, 2005.
- MELEIS, A.I. et B.M. JENNINGS. «Theoretical nursing administration: today's challenges, tomorrow's bridges», in B. HENRY et al. (ss la dir. de) *Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice*, Boston, Blackwell Scientific Publications, 1989, p. 7-18.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Conférence internationale sur les soins de santé primaires – Déclaration d'Alma Ata (URSS)*, 6-12 septembre 1978, Genève, OMS, 1978.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Orientations stratégiques pour le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux 2002-2008*, Genève, OMS, 2002.
- PETRELLA, R. *Écueils de la mondialisation. Urgence d'un nouveau contrat social*, Québec/Montréal, Musée de la civilisation/Fides, 1997.
- PILET, C. «Droits de l'homme et soins infirmiers» (éditorial), *L'infirmière Enseignante*, vol. 8, n° 3, 1989.
- ROGERS, M.E. *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*, Philadelphie (PA), F.A. Davis, 1970.
- SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE (SIDIIEF). *III^e Congrès mondial – Le Dialogue au cœur du soin* (programme préliminaire), Montréal, SIDIIEF, juin 2005.



« Une congressiste de Côte d'Ivoire au stand du SIDIIEF »

La délégation roumaine (de g. à dr.):
Claudia Gherman, M.D.,
Nicolae Sas, inf.,
Nicolae Miu, doyen de la
Faculté de médecine de
l'Université Cluj-Napoca,
Emil-Doru Steopan, inf.,
et Elena Ganea Puiulet,
CEPI à Montréal



« La profession en a besoin »



Danièle Lacoste (à dr.) et sa compatriote Marie-Claude Moncet, administrateur du C.A. du SIDIIEF

Au terme de quatre années au cours desquelles j'ai cherché à soutenir l'action du SIDIIEF, je m'aperçois que ma contribution a été modeste par rapport à tout ce que j'ai pu retirer de mes échanges avec les membres de cette association.

Leurs réflexions, leurs idées, leurs recherches pour développer cette organisation ont contribué à enrichir ma pratique et ont changé ma vision de la pratique soignante et enseignante.

Ainsi, c'est le témoignage d'une infirmière qui a maintenant le sentiment d'appartenir à la « grande famille universelle des infirmiers et infirmières » que je vous fais partager.

Le SIDIIEF m'a permis, de manière concrète et chaleureuse, d'échanger avec d'autres collègues sur des questions, des préoccupations — c'étaient très souvent les mêmes —, ainsi que sur la manière dont chaque professionnel dans son pays a tenté d'y répondre; cette expérience a facilité mon implication et donne aujourd'hui un sens à mon engagement. Leur écoute, leurs différences tant culturelles que professionnelles représentent le « terreau » nécessaire et

indispensable à l'évolution du soin dans tous ses aspects et aux actions du SIDIIEF.

Les fondateurs et les membres de l'association ont donné une dimension humaine proche, quotidienne et universelle aux soins apportés à la personne, en créant et en autorisant un partage des « savoirs de référence » et des « expériences » par leur diffusion auprès de tous les professionnels intéressés, à la fois dans les congrès et dans les revues mises à disposition. C'est cette richesse des échanges qui a contribué à une nouvelle façon de penser la pratique ; c'est aussi elle qui m'a permis d'en faire bénéficier également mes collègues qui partagent mon quotidien et de puiser des idées de recherche d'une meilleure qualité auprès des patients et des étudiants.

J'ai adhéré au SIDIIEF sans bien le connaître et j'y ai trouvé des hommes et des femmes avec qui partager une communauté de valeurs éthiques, des approches identiques en dépit de nos cultures différentes, des idées novatrices et porteuses de sens sur la profession infirmière et sur la formation.

Le SIDIIEF a donc pour moi un rôle essentiel à jouer sur le plan international dans la coordination et la fédération des infirmiers et infirmières, autour du soin, des pratiques et des enseignements de langue francophone.

En résumé, je dirais que « le SIDIIEF est une association internationale composée de professionnels parlant la même langue, partageant des valeurs identiques et cherchant à fédérer les infirmiers autour de la qualité du soin » et que la profession en a besoin... ●

DANIELLE LACOSTE, inf., directrice des soins infirmiers à l'Hôpital Ville-Evrard (France) et présidente de l'Association nationale des infirmiers généraux en santé mentale (ANDIGSM).